

FERNANDO NICOLÁS LASSALLE OLIVERA

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL E PERFIL DAS
GESTANTES ATENDIDAS NO CS II CÓRREGO GRANDE**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2003

FERNANDO NICOLÁS LASSALLE OLIVERA

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL E PERFIL DAS
GESTANTES ATENDIDAS NO CS II CÓRREGO GRANDE**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edson Cardoso

Orientador: Dr. Iberê do Nascimento

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2003

Lassalle Olivera, Fernando Nicolás.

Avaliação da atenção pré-natal e perfil das
gestantes atendidas no CSII Córrego Grande.
Florianópolis, 2003.

22 p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade
Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. pré-natal 2. adequação 3. perfil das gestantes

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, José Luis Lassalle e Mirian Rosário Olivera pela vida que me deram, e pelo apoio e amor que me manteve firme em meus objetivos.

Aos meus irmãos por todo apoio que recebi.

À minha noiva Margarete Maria de Lima, e sua Família por todo amor e acolhimento que recebi.

Agradeço ao Dr. Iberê do Nascimento pela amizade, paciência e orientação deste trabalho, e pelos momentos de aprendizado no Centro de Saúde.

Aos meus amigos Carlos Francisco, Gustavo, Luiz Augusto, Roberto Kel, e a toda a turma pelos bons momentos.

Agradeço à Deus pela saúde e pela força que me deu nos momentos difíceis.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	iii
SUMÁRIO.....	iv
RESUMO.....	v
SUMMARY....	vi
1. INTRODUÇÃO.....	01
2. OBJETIVOS.....	04
3. MÉTODO.....	05
4. RESULTADOS.....	08
5. DISCUSSÃO.....	14
6. CONCLUSÃO.....	19
7. REFERÊNCIAS.....	20

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a adequação do acompanhamento pré-natal e conhecer o perfil das gestantes atendidas no CS II Córrego grande. Foram incluídas 101 gestantes através da análise das fichas de pré-natais. Verificou-se o número de consultas, idade gestacional na primeira consulta, para avaliação da adequação do pré-natal através do índice de Kessner modificado por Takeda e o número de vezes em que foram registrados exames laboratoriais e procedimentos da consulta. Para avaliar o perfil foram coletados dados referentes a aspectos demográficos, clínicos, nutricionais, obstétricos e utilização dos serviços. A média de idade foi de 24,5 anos, a de consultas 5,5 e a da idade gestacional na primeira consulta foi de 13,7 semanas. 46% eram primíparas, 54% multíparas. A cobertura do exame de mamas foi de 40,6%, da USG 61,4%, do preventivo 51,5% e revisão puerperal 45,5%. De acordo com o índice de Kessner modificado, 58,4% das gestantes tiveram pré-natais adequados, 21,8% intermediários e 19,8% inadequados. Ao acrescentar exames laboratoriais, 50,4% dos pré-natais foram adequados, 25,7% intermediários e 23,7% inadequados. Ao adicionar procedimentos da consulta, 31,6% foram adequados, 24,7% intermediários e 43,5% inadequados. A queda nas percentagens da qualidade dos pré-natais à medida que se acrescentavam os critérios de avaliação, indica que esforços devem ser feitos para melhorar a atenção pré-natal, como motivar e capacitar a educação médica continuada, estimular a prática de saúde coletiva e trabalho em equipe multidisciplinar, garantir a realização dos procedimentos da consulta e solicitação de exames, bem como seu registro de forma adequada.

SUMMARY

The purpose of this study was to evaluate the proper pre-natal follow up of the assisted pregnant at CS II Corrego Grande, and to learn their profile. 101 pregnant ladies were included through the study of their pre-natal records. It was verified the number of office visits, time of gestation at the first visit, to evaluate the proper pre-natal follow up through Kessner's patterns, modified by Takeda and number of registered labs and visits procedures. To evaluate the profile data, it was gather details regarding demographics aspects, clinics, nutritionals, obstetrics and use of services. The average age was 24.5 years old. The average of clinics visits was 5.5 and the time of gestation at the first visit was 13.7 weeks. 46% of the pregnant women were on their first pregnancy and 54% had prior pregnancies. Mamography was performed on 40.6%. From USG was 61.4%. Preventive was 51.5% and puerperal follow up 45.5%. In reference to the modified Kessner patterns', 58.4% of the pregnant women had their appropriated pre-natal, 21.8% was not proper appropriated and 19.8% was totally unappropriated. With the addition of lab tests, 50.4% became appropriated, 25.7% not appropriated and 23.7% totally unappropriated. With the addition of office visits, 31.6% became appropriated, 24.7% not appropriated and 43.5% totally unappropriated. The fall of the percentage in reference to quality of pre-natals as it was add new criterias of evaluation, shows the efforts that should be done in order to improve the pre-natal, like to stimulate the patients, promote continous medical education, the practice of general health and multidiciplinar team work, to guarantee that all office visits, lab tests and records would be done on an appropriate manner.

1 - INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico normal, por isso mesmo, sua evolução ocorre na maior parte dos casos, sem intercorrências. As observações clínicas e estatísticas demonstram que cerca de 90% das gestações começam, evoluem e terminam sem complicações, sendo denominadas de gestação de baixo risco. Algumas gestações já se iniciam com problemas, ou estes surgem durante o seu transcurso, apresentando maior probabilidade de terem evolução desfavorável, tanto para o feto quanto para a mãe, sendo chamada de gestação de alto risco ¹.

Estudos têm demonstrado que a primeira gestação, a alta paridade, a gestação em idade reprodutiva precoce ou tardia, abortamentos prévios e a desnutrição são fatores de risco universais, e tais características aumentam a probabilidade de morbidade perinatal. Em todo o mundo, as taxas de mortalidade e de morbidade materno-infantil têm diminuído drasticamente nos últimos trinta anos, o que têm sido atribuído aos cuidados durante o pré-natal e no primeiro ano de vida ².

A assistência pré-natal visa garantir o bom andamento das gestações de baixo risco e, também, identificar precocemente as gestações com mais chances de apresentar uma evolução desfavorável. É um atendimento multidisciplinar que objetiva alcançar e manter a integralidade das condições de saúde materna e fetal cujos resultados devem ser avaliados em longo prazo ³. Deve ser universalmente realizada, diferindo no objetivo, no conteúdo, no número de consultas e no tipo de pessoal que presta a assistência segundo o grau de risco que a gestante apresentar ¹.

O pré-natal deve ter início em fase precoce da gravidez, quando é mais fácil a avaliação dos órgãos pélvicos e abdominais; as medidas profiláticas podem ter alcance maior e eficaz, antes de possível comprometimento ovular ³. O total de consultas deverá ser de no mínimo seis, com intervalos de quatro semanas até a 36ª semana e a partir desta deverá ser realizada semanalmente ⁴. Os dados clínicos de exame e resultados laboratoriais devem ser cuidadosamente anotados em ficha apropriada, arquivada na instituição e repassados, resumidamente, à outra, que fica com a gestante ³.

Outro aspecto a ser considerado na assistência pré-natal é a qualificação das consultas. Fatores como o aprimoramento da supervisão, a intensificação da realização dos

procedimentos e a busca ativa das gestantes contribuem nesta qualificação ⁷. Os principais problemas em relação à qualidade da atenção dedicada ao pré-natal apontados em estudos na literatura referem-se ao não cumprimento das normas e rotinas por parte dos profissionais, ao não preenchimento de registro e à constatação de que os cuidados dispensados são inversamente direcionados à necessidade ⁵. A qualidade da atenção se refletirá na redução das elevadas taxas de mortalidade materna, problema associado, na maioria dos casos, à precariedade da assistência. As principais causas de mortalidade materna incluem a hipertensão na gravidez, hemorragias, infecção puerperal, complicações no trabalho de parto e abortos, que podem ser facilmente evitáveis através de adequada assistência ao ciclo gravídico-puerperal em todas as suas etapas.

Mulheres que optam por realizar consultas pré-natais, principalmente aquelas que tomam a atitude de consultar com regularidade, possivelmente pertencem a um grupo de pessoas que têm consciência da importância de medidas preventivas de saúde ⁶. A adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde ⁴. Esta qualificação dependerá também do envolvimento da comunidade no reconhecimento da importância do programa ⁷.

O pré-natalista deve ser competente, humano e dedicado, orientando convenientemente as gestantes, para reconhecer precocemente os problemas que possam surgir e enfrentá-los de maneira correta, de modo a evitar ou minimizar suas conseqüências. Discutindo e esclarecendo dúvidas, permitindo que a gestante expresse seus sentimentos, oferecendo explicações detalhadas e em linguagem acessível ¹. Além disso deve estar atento a realização dos procedimentos do exame clínico e obstétrico (idade gestacional, pressão arterial, altura de fundo uterino, ausculta dos batimento cardíofetais, edema e apresentação fetal) e solicitação de exames laboratoriais de rotina ⁵.

O Ministério da Saúde recomenda solicitar na primeira consulta a realização dos seguintes exames: tipagem sanguínea e fator Rh, quando não realizado anteriormente; sorologia para sífilis (VDRL); parcial de urina; hemoglobina; glicemia de jejum; colpocitologia oncótica ou bacterioscopia de conteúdo vaginal; exame parasitológico de fezes e teste anti-HIV ⁴. Em Florianópolis, além destes exames recomendados pelo Ministério da Saúde faz parte da rotina a solicitação de sorologia para rubéola, toxoplasmose e pesquisa de hepatite B através de HBsAg. A ultra-sonografia obstétrica deve ser realizada em torno da

vigésima semana de gestação ⁸. Esta normatização é preconizada para todos os centros de saúde da cidade.

Em Florianópolis – Santa Catarina, os centros de saúde (CSs) integram a rede municipal de serviços de saúde, dividida em cinco regiões. A região Leste é formada pelos CSs da Lagoa da Conceição, Pantanal, Canto da Lagoa, Barra da Lagoa, Costa da Lagoa e Córrego Grande. O CS II Córrego grande atende a população de sua área de abrangência, aproximadamente 8000 pessoas, dividida em dez microáreas ⁹, além disso, faz parte do programa docente-assistencial da Universidade Federal de Santa Catarina, onde alunos do curso de graduação de Medicina atendem a população sob supervisão de um médico.

O CS II Córrego Grande presta serviços de atenção básica de saúde, incluindo as consultas pré-natais, e são realizadas atividades mensais com as gestantes que são reunidas em grupos onde elas podem discutir entre si e com os profissionais da saúde questões relativas a gravidez, como as mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivencia de forma distinta. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece com o corpo. É importante lembrar que na construção da qualidade da atenção pré-natal está implícita a valorização desses aspectos, traduzida em ações concretas que permitam sua integração no conjunto das ações oferecidas ⁴.

Considerando que a qualificação da assistência pré-natal depende do serviço, da equipe de saúde e da gestante este trabalho teve como objetivo verificar o perfil das gestantes submetidas a consultas pré-natais e avaliar o conteúdo da atenção pré-natal oferecida as gestantes no Centro de Saúde II Córrego Grande.

Este trabalho se justifica pela necessidade de aprimorar a atenção pré-natal no Centro de Saúde, visando alcançar ações mais efetivas e de qualidade, sendo então necessário avaliar a assistência pré-natal oferecida e o perfil das gestantes atendidas neste programa.

2 - OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar as características da assistência à gestação e conhecer o perfil das gestantes.

2.2 Objetivos Específicos

1. Avaliar a adequação do acompanhamento pré-natal através de três parâmetros: O primeiro combinando-se o número de consultas com a época do início do pré-natal de acordo com o Índice de Kessner modificado por Takeda. O segundo acrescentando-se ao Índice de Kessner modificado o número de vezes em que os exames complementares hemograma, sorologia para sífilis e exame parcial de urina foram registrados e o terceiro acrescentando-se ao anterior o número de vezes em que os procedimentos da consulta pré-natal (altura uterina, apresentação fetal, batimentos cardíofetais, edema, idade gestacional, pressão arterial e peso) foram registrados.
2. Descrever o perfil da população de gestantes atendidas no CS II Córrego Grande no que se refere a aspectos demográficos, clínicos, nutricionais, e obstétricos, bem como o de utilização dos serviços.

3 - MÉTODO

3.1 Casuística

Realizou-se um estudo retrospectivo, através de um levantamento epidemiológico mediante análise de ficha de pré-natal incluída no prontuário, com aplicação de um protocolo, especialmente elaborado para a extração das informações.

O trabalho de campo transcorreu de julho à agosto de 2002, analisando-se os registros de gestantes que iniciaram o pré-natal no Centro de Saúde II Córrego Grande no período de setembro de 1999 à dezembro de 2001, totalizando uma população de 101 gestantes investigadas. O critério de inclusão foi o registro de pelo menos uma consulta de pré-natal.

3.2 Procedimentos

Para a avaliação da adequação do acompanhamento pré-natal foram coletadas as seguintes informações: número de consultas realizadas durante o pré-natal, considerando-se consulta somente quando estivessem registrados pelo menos dois procedimentos; idade gestacional na primeira consulta (quando ausente, era calculada a partir da data da última menstruação ou estimada por meio das informações de idade gestacional nas consultas subseqüentes), expressa em semanas. Verificou-se ainda o número de vezes em que os procedimentos do exame clínico e obstétrico (idade gestacional, peso, pressão arterial, altura uterina, ausculta dos batimentos cardíofetais, edema e apresentação), assim como os exames laboratoriais de rotina (hemograma, sorologia para sífilis e exame parcial de urina) foram registrados, separadamente.

A adequação do acompanhamento pré-natal foi avaliada de três formas:

Combinando-se o número de consultas com a época do início do pré-natal de acordo com o Índice de Kessner modificado por Takeda: adequado = seis ou mais consultas e início pré-natal antes de vinte semanas; inadequado = início do pré-natal após 28 semanas, ou menos de três consultas; intermediário = demais situações ¹⁰.

Acrescentando-se ao Índice de Kessner modificado o número de vezes em que os exames complementares hemograma, sorologia para sífilis (VDRL) e exame parcial de urina (EPU) foram registrados, ficando a adequação assim definida: adequado = seis ou mais consultas, início pré-natal antes de vinte semanas e um mínimo de dois registros de cada um

dos três exames; inadequado = início do pré-natal após 28 semanas, ou menos de três consultas, ou nenhum exame registrado; intermediário = demais situações.

Acrescentando-se ao anterior o número de vezes em que os procedimentos da consulta pré-natal (altura uterina, apresentação fetal, batimentos cardíofetais, edema, idade gestacional, pressão arterial e peso) foram registrados.

Para compor este último critério, foram estabelecidos pontos de corte. Considerou-se adequado quando foram verificados cinco ou mais registros da altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, edema e peso; quatro ou mais registros dos batimentos cardíofetais e dois ou mais registros da apresentação fetal. Considerou-se inadequado quando foram verificados dois ou menos registros da altura uterina, idade gestacional, pressão arterial, batimentos cardíofetais, edema e peso, sem qualquer registro da apresentação fetal.

Os pontos de corte foram definidos da seguinte maneira: uma vez que altura uterina, edema, idade gestacional, pressão arterial e peso independem da duração da gestação para serem verificados e que o número mínimo adequado de consultas eram seis, aceitou-se como adequado se esses procedimentos tivessem sido registrados pelo menos cinco vezes. Quanto aos batimentos cardíofetais, tendo em vista que, a partir de vinte semanas, é possível auscultá-los com estetoscópio de Pinard⁵ e que, de acordo com as normas do programa de pré-natal vigente, deveriam ser realizadas pelo menos quatro consultas a partir deste período, considerou-se adequado quando se verificaram quatro ou mais registros. Quanto à apresentação fetal, sabendo-se que, a partir de 28 semanas, já é possível avaliá-la clinicamente e que, de acordo com as normas do programa, deveriam ser realizadas pelo menos duas consultas a partir desse período, dois ou mais registros foram considerados adequados.

Para descrever o perfil das gestantes este foi dividido em 5 variáveis: demográfica; de utilização dos serviços; reprodutiva; clínica e nutricional.

Demográfica - Obtida através da coleta do valor da idade da gestante no início do pré-natal para caracterizar a faixa etária das mesmas.

Utilização dos serviços - Foram coletadas as seguintes informações consideradas indicadores de cobertura do programa de pré-natal: realização de exames de mamas; de exame citopatológico do colo do útero; ultra-sonografia; verificado o número de vezes que exames laboratoriais de rotina (hemograma, EPU, VDRL, rubéola e toxoplasmose, parasitológico de fezes (PF), glicemia de jejum, teste de sobrecarga oral à glicose (TSOG), tipagem sanguínea

(TS), teste anti-HIV e HBsAg foram registrados, separadamente e foi verificado a realização de revisão puerperal.

Reprodutiva - Foram coletados os seguintes dados: antecedentes obstétricos (número de gestações prévias, tipos de partos realizados). O resultado da gestação foi classificado como nascidos vivos, abortamentos, nascidos mortos e ignorados, e também foi caracterizado o tipo de parto realizado.

Clínica - Foi verificado o índice de algumas intercorrências durante a gestação (pré-eclâmpsia, diabetes melito/hiperglicemia, anemia, infecção do trato urinário, doenças sexualmente transmissíveis e leucorréia.) , como presentes, ausentes e ignoradas quando não ocorreu nenhuma consulta após a trigésima semana de gestação. Também foi averiguado o estado imunológico da gestante para rubéola e identificado o número de gestantes infectadas pelo vírus da hepatite B e HIV, através dos resultados dos exames específicos realizados (sorologia para rubéola, pesquisa de hepatite B através do HBsAg e teste anti-HIV).

Nutricional - Foi determinado o índice de massa corporal (IMC) pré-gravídico, para avaliação do ganho ponderal durante a gestação, utilizando-se como critérios os sugeridos pela “National Academy of Sciences”. Gestantes com IMC (pré-gravídico) $< 19,8$ são classificadas como Baixo peso e seria esperado um ganho de peso de 12,5 a 18 Kg. Gestantes com IMC de 19,8 até 26 são classificadas como peso normal e seria esperado um ganho de peso de 11,5 a 16 Kg. Gestantes com IMC $>$ que 26 até 29 são classificadas como sobrepeso e seria esperado um ganho de peso de 7 a 11,5 Kg. Gestantes com IMC > 29 são classificadas como obesas e seria esperado um ganho de peso de até 7 Kg ¹¹.

Os dados foram digitados através do programa EpiData 2.1a e analisados através do programa EPIINFO 6.01.

4 - RESULTADOS

A média de consultas por gestantes no estudo foi de 5,5, sendo que o número de consultas variou de 1 até 11 consultas. A mediana foi de 6 consultas e a moda foi de 7 consultas. Entre as gestantes, 62 (61,3%) realizaram 6 ou mais consultas, 23 (22,7%) realizaram de 3 até 5 consultas e 16 (15,8%) realizaram 1 ou 2 consultas. A média da idade gestacional, no início do pré-natal, foi de 13,7 semanas. 65 (64,4%) das gestantes ingressaram no programa durante o primeiro trimestre, 30 (29,7%) no segundo e 6 (5,9%) no terceiro. Verificou-se, ainda, que 81 (80,2%) das gestantes iniciaram o pré-natal antes de 20 semanas de gestação.

Ao se combinar a idade gestacional de início no programa com o número de consultas, foi possível classificar o pré-natal de 101 gestantes.

A tabela 1 mostra a avaliação da adequação do pré-natal.

Tabela 1 - Avaliação da adequação do pré-natal

Classificação	De acordo com o Índice de Kessner modificado por Takeda N (%)
Adequado	59 (58,4%)
Intermediário	22 (21,8%)
Inadequado	20 (19,8%)
Ao adicionarmos exames laboratoriais ao critério acima N (%)	
Adequado	51 (50,4%)
Intermediário	26 (25,7%)
Inadequado	24 (23,7%)
Acrescentando-se os procedimentos da consulta aos critério acima N (%)	
Adequado	32 (31,6%)
Intermediário	25 (24,7%)
Inadequado	44 (43,5%)

Fonte: CS-Córrego Grande (1999-2001)

Ao se adicionar os exames laboratoriais, 8 (7,9%) dos pré-natais considerados adequados passaram a ser considerados intermediários e 4 (4%) dos intermediários passaram para inadequados. Quando foi acrescentado os procedimentos da consulta, 10 (9,9%) dos pré-natais considerados adequados passaram a ser classificados como intermediários e 9 (8,9%) como inadequados. Dos intermediários 11 (10,8%) passaram a ser classificados com inadequados.

Entre os procedimentos da consulta, a idade gestacional, o peso e a pressão arterial foram registrados 5 ou mais vezes em 65 (64,3%) das gestantes. Os batimentos cardíofetais foram registrados 4 ou mais vezes em 70 (69,3%) das gestantes. O edema foi registrado 5 ou mais vezes em 50 (49,5%), e a apresentação fetal foi registrada 2 ou mais vezes em 51 (50,4%) das gestantes.

A tabela 2 mostra a distribuição por faixa etária das gestantes.

Tabela 2 - Distribuição em faixas etárias das gestantes no início do pré-natal

Idade	Gestantes N (%)
<20	23 (22,7%)
20-29	54 (53,5%)
≥30	24 (23,8%)
Total	101 (100%)

Fonte: CS Córrego Grande (1999-2001)

O estudo abrangeu gestantes com idades mínima de 14 e máxima de 38 anos. A média de idade foi de 24,5 anos, com desvio-padrão (DP) de 6,11 anos. A mediana foi de 23 anos e a idade de 20 anos correspondeu à moda. A faixa etária mais freqüente foi a de 20 a 29 anos (53,9%).

A tabela 3 mostra a prevalência de alguns indicadores de cobertura do pré-natal.

Tabela 3 - Prevalência de alguns indicadores de cobertura do pré-natal

Variável	Sim N (%)	Não N (%)	Total N (%)
Realizou exame de mamas	41 (40,6%)	60 (59,4%)	101 (100%)
Realizou USG	62 (61,4%)	39 (38,6%)	101 (100%)
Realizou citopatológico de colo	52 (51,5%)	49 (48,5%)	101 (100%)
Realizou revisão puerperal	46 (45,5%)	55 (54,5%)	101 (100%)

Fonte: CS-Córrego Grande (1999-2001)

Entre as 62 gestantes que realizaram no mínimo 6 consultas pré-natais, 28 (45,1%) realizaram exame das mamas; 46 (74,1%) realizaram USG; 41 (66%) fizeram o citopatológico de colo de útero e 38 (61,3%) realizaram revisão puerperal.

Na tabela 4 temos a frequência de registros dos exames laboratoriais do pré-natal.

Tabela 4- Frequência de registros dos exames laboratoriais do pré-natal

Exames	Nenhuma vez registrado N (%)	1 vez registrado N (%)	2 vezes ou mais vezes registrado N (%)
Hemograma	12 (11,9%)	21 (20,8%)	68 (67,3%)
EPU	12 (11,9%)	22 (21,8%)	67 (66,3%)
VDRL	13 (12,9%)	27 (26,7%)	61 (60,4%)
Glicemia jejum	17 (16,8%)	43 (42,6%)	41 (40,6%)
TSOG	76 (75,2%)	25 (24,8%)	
Rubéola	21 (20,8%)	79 (78,2%)	1 (1%)
Toxoplasmose	19 (18,8%)	82 (81,2%)	
PF	22 (21,8%)	79 (78,2%)	
TS	48 (47,5%)	53 (52,5%)	
Anti-HIV	53 (52,5%)	48 (47,5%)	
HBsAg	25 (24,7%)	76 (75,3%)	

Fonte: CS-Córrego Grande (1999-2001)

Entre as 62 gestantes que realizaram no mínimo 6 consultas pré-natais, 57 (91,9%) realizaram 2 ou mais hemogramas; 56 (90,3%) realizaram 2 ou mais EPU e 52 (83,8%) realizaram 2 ou mais VDRL.

A Tabela 5 mostra a distribuição das gestantes em relação a paridade.

Tabela 5 - Distribuição das gestantes em relação a paridade

Paridade	Gestantes N (%)
Primíparas	46 (46,2%)
Múltiparas	54 (54%)
Total	100 (100%)

Fonte: CS Córrego Grande (1999-2001) - * Dados inexistentes para 1 gestantes

Entre as múltiparas, 32 (59,2%) tinham história de apenas ter realizado parto normal e 11 (20,3%) tinham história de apenas ter realizado parto cesárea.

A Tabela 6 mostra a classificação do resultado da gestação.

Tabela 6 - Classificação do resultado da gestação

Resultado	N (%)
Nascido vivo	59 (58,4%)
Aborto	4 (4%)
Ignorado	38 (37,6%)
Total	101 (100%)

Fonte: CS Córrego Grande (1999-2001)

Entre os nascidos vivos foi possível determinar o tipo de parto em 57 gestantes, sendo que 39 (68,4%) foram por parto normal e 18 (31,6%) por cesárea.

A Tabela 7 mostra a prevalência das intercorrências durante a gestação.

Tabela 7 - Prevalência das intercorrências durante a gestação

Variável	sim N (%)	não N (%)	Total
ITU	29 (35,3%)	53 (64,7%)	82 (100%)
Leucorréia	26 (31,7%)	56 (68,3%)	82 (100%)
anemia	23 (28%)	59 (72%)	82 (100%)
DHEG	1 (1,2%)	81 (98,8%)	82 (100%)
DM/hiperglicemia	4 (4,9%)	78 (95,1%)	82 (100%)
DST	1 (1,2%)	81 (98,8%)	82 (100%)

Fonte: CS-Córrego Grande (1999-2001) - * Excluídas 19 gestantes

A intercorrência mais prevalente foi a ITU (35,3%). A ITU esteve associada com a leucorréia em 11 (13,4%) das gestantes durante o pré-natal e associada com anemia em 11 (13,4%) das gestantes. A associação de leucorréia e anemia ocorreu em 7 (8,5%) das gestantes.

A tabela 8 mostra a soroprevalência de imunidade à rubéola.

Tabela 8 - Soroprevalência de imunidade à rubéola

Estado imunológico	Frequência	Percentual
Imune	59	75,6 %
Suscetível	19	24,4 %
Total	78	100 %

Fonte: CS-Córrego Grande (1999-2001) - * Dados inexistentes em 23 gestantes

A imunidade para rubéola estava presente em 75,6% das gestantes, dentre as 78 que tinham o exame registrado.

O rastreamento para hepatite B através do HbsAg foi positivo em 1 (1,3%) das gestantes entre as 76 que tinham registro do exame. Já o rastreamento para gestantes com HIV foi negativo nas 48 gestantes que tinham registro.

A Tabela 9 mostra a distribuição das gestantes de acordo com a sua categoria de peso e ganho de peso esperado para as mesmas.

Tabela 9 - Distribuição das gestantes de acordo com a sua categoria de peso e ganho de peso esperado para as mesmas

Categoria de peso	Gestantes N (%)	Gestantes com ganho de peso recomendado N (%)
Baixo peso (IMC<19,8)	10 (13,3%)	4 (40%)
Peso normal (IMC 19,8-26)	47 (62,7%)	19 (40,4%)
Sobrepeso (IMC >26-29)	8 (10,7%)	4 (50%)
Obesa (IMC >29)	10 (13,3%)	4 (40%)
Total	75 (100%)	31 (41,3%)

Fonte: CS Córrego Grande (1999-2001) -* Dados inexistentes para 26 gestantes

Foi possível a classificação de 75 gestantes quanto ao ganho de peso de acordo com o seu IMC. Sendo que 31 (41,3%) das gestantes ganharam o peso recomendado de acordo com o seu IMC. Das gestantes com baixo peso 2 (20%) ganharam mais de 18 Kg e 4 (40%) ganharam menos de 12,5 Kg. Entre as que tinham peso normal 20 (42,6%) ganharam menos de 11,5 Kg e 8 (17%) ganharam mais de 16 Kg. Das gestantes com sobrepeso 2 (25%) ganharam mais de 11,5 Kg e 2 (25%) ganharam menos de 7 Kg. Entre as obesas 6 (60%) ganharam mais de 7 Kg.

5 - DISCUSSÃO

A média de consultas durante o pré-natal por gestante no estudo foi de 5,5, resultado um pouco superior ao encontrado por Silveira, DS, e Santos, IS et al., em que a média foi de 5,3 consultas ⁵, mas a média não atingiu as 6 consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde⁴, apesar de 61,3% das gestantes terem realizado 6 ou mais consultas.

O pré-natal deve ter início em fase precoce da gravidez, quando é mais fácil a avaliação dos órgãos pélvicos e abdominais; as medidas profiláticas podem ter alcance maior e o tratamento de afecções diagnosticadas poderá ser mais eficaz, antes de possível comprometimento ovular³. A média da idade gestacional, no início do pré-natal, foi de 13,7 semanas, o que se enquadra no primeiro trimestre, considerado o período mais adequado para se iniciar o pré-natal ². Ingressaram no programa de pré-natal durante o primeiro trimestre 64,4% das gestantes, já no segundo 29,7% e no terceiro 5,9%. Verificou-se, ainda, que 80,2% das gestantes iniciaram o pré-natal antes de 20 semanas de gestação, o que mostra um início mais precoce do pré-natal quando comparado ao estudo de Silveira, DS, e Santos, IS et al., em que 46% das gestantes ingressaram no programa durante o primeiro trimestre, 41% no segundo e 13% no terceiro. Neste estudo 63% das gestantes iniciaram o pré-natal antes de vinte semanas.

Este trabalho procurou mostrar que há vantagens em acrescentar outros indicadores para avaliação da atenção pré-natal além de medir simplesmente o número de consultas realizadas. De acordo com o critério de adequação usado, índice de Kessner modificado por Takeda, encontrou-se uma proporção de pré-natais adequados de 58,4%, intermediários de 21,8% e inadequados de 19,8%, o que mostra uma adequação melhor quando comparada ao estudo de Silveira, DS, e Santos, IS et al., em que 37% dos pré-natais foram considerados adequados, 38% intermediários e 25% inadequados ⁵. Quando se acrescentaram os exames complementares e os procedimentos médicos da consulta houve uma queda considerável na qualidade dos pré-natais, ficando assim a adequação: adequados 50,4%, intermediários 25,7% e inadequados 23,7% quando se adicionou os exames e adequados 31,6%, intermediários 24,7% e inadequados 43,5% quando se acrescentou os procedimentos médicos. No estudo de Silveira, DS, et al., foi verificado quando se adicionaram os exames 31% dos pré-natais

adequados, 42% de intermediários e 27 % de inadequados. Quando se acrescentaram os procedimentos da consulta 5% dos pré-natais foram adequados, 4% intermediários e 91% inadequados⁵. Apesar dos resultados contrastarem em relação a adequação do pré-natal, os dois estudos mostraram a mesma tendência de queda na qualidade do pré-natal a medida que se acrescentaram os critérios de exames complementares e procedimentos da consulta, o que mostra que apenas o número de consultas realizadas pela gestante no pré-natal não significa qualidade do cuidado. Isso mostra que esforços devem ser feitos para melhorar a qualidade da atenção pré-natal no CS-II Córrego Grande, onde os acadêmicos de medicina e profissionais da saúde devem ser motivados e capacitados para realização dos procedimentos da consulta de pré-natal bem como para a solicitação dos exames laboratoriais de rotina, sendo de suma importância que sejam registrados nas fichas de pré-natal (tanto a que fica em poder da gestante quanto a que fica arquivada no prontuário) os dados clínicos do exame e resultados de exames laboratoriais.

A quantidade de pré-natais classificados como inadequados também chamou a atenção. Isso pode ser um problema tanto do serviço, quanto das gestantes. Quanto ao serviço, as equipes podem não estar preparadas para implementar ações de divulgação do programa, para trabalhar com prioridades, para buscar gestantes faltosas e para interagir como equipe multidisciplinar. Quanto às gestantes, pode estar ocorrendo uma falta de conscientização sobre a importância do ingresso precoce no pré-natal e do comparecimento às consultas.

Entre os procedimentos da consulta, a idade gestacional, o peso e a pressão arterial foram registrados 5 ou mais vezes em 64,3% das gestantes. Os batimentos cardíacos foram registrados 4 ou mais vezes em 69,3% das gestantes. O edema foi registrado 5 ou mais vezes em 49,5%, e a apresentação fetal foi registrada 2 ou mais vezes em 50,4% das gestantes. De acordo com esses dados encontramos uma alta frequência de registros quando comparado ao estudo de Silveira, DS, et al, que mostrou uma frequência de registro esperada (cinco ou mais) inferior a 50% para os procedimentos não dependentes de idade gestacional, tais como idade gestacional, pressão arterial e peso. Apenas 16 % das fichas pré-natais continham cinco ou mais registros de edema.

Com relação a faixa etária, 53,9% das gestantes tinham de 20 a 29 anos. A média de idade foi de 24,5 anos, o que está de acordo com os valores encontrados no estudo de Halpern, R, et al, em que a média foi de 26 anos⁶.

Em relação aos indicadores de cobertura do pré-natal o estudo de Dias-da-Costa, JS, et al., mostrou que o exame de mamas foi realizado em 78,7% das gestantes, ultra-sonografia em 24%, exame citopatológico em 69,3% e revisão puerperal em 52% ⁷. Estes resultados variaram um pouco quando comparados ao deste estudo, em que exame de mamas foi realizado em 40,6% das gestantes, a ultra-sonografia em 61,4% das gestantes, o exame citopatológico em 51,5% e a revisão puerperal em 45,5%. O exame de mamas mostrou uma baixa cobertura de registros quando comparado ao estudo de Dias-da-Costa, JS, et al, considerando que ele independe da idade gestacional para ser realizado, e é bastante útil para orientação da gestante sobre os cuidados que ela deve ter com as mamas para prepará-la para a amamentação e sobre a sua importância. Em relação a ultra-sonografia houve uma frequência de registros maior quando comparado ao estudo de Dias-da-Costa, JS, et al. Em Florianópolis, na rede municipal de serviços de saúde a ultra-sonografia deve ser solicitada em torno da vigésima semana de gestação, fazendo parte da rotina a sua solicitação ⁸, já no estudo de Dias-da-Costa, JS, et al, realizado em Pelotas, a ultra-sonografia só era solicitada mediante alterações no exame como retardo de crescimento intra-uterino, isso justifica a diferença nos resultados encontrados. O exame citopatológico teve uma frequência de registros mais baixa que o estudo de Dias-da-Costa, JS, et al, sendo que não foi possível estabelecer se as 48,5% das gestantes que não realizaram o exame durante a gestação já o haviam realizado há menos de um ano, e estavam em dia ou se simplesmente não foi realizado ou se foi realizado e não registrado. Outro indicador que chamou a atenção foi a baixa frequência de registro da revisão puerperal, que mostrou que mais de 50% das gestantes não retornam para realizar o exame clínico, um dado preocupante pois a infecção puerperal ainda é uma das principais causas de mortalidade materna ¹. Também ficou caracterizado em relação aos indicadores de cobertura do pré-natal que as gestantes que realizaram no mínimo 6 consultas pré-natais, 45,1% realizaram exame das mamas; 74,1% realizaram USG, 66% fizeram o citopatológico de colo de útero e 61,3% realizaram revisão puerperal, tiveram maior prevalência no registro dos indicadores. Isso mostrou uma tendência de que quanto maior a adesão das gestantes ao programa de pré-natal maior será a cobertura do pré-natal.

A respeito dos exames laboratoriais, o hemograma, EPU e VDRL foram solicitados em duas ou mais vezes em mais de 60% das gestantes, resultado este superior ao encontrado no estudo de Silveira, DS, et al., em que foi verificado um registro de 48,1% das gestantes. Também ficou caracterizado que as gestantes que realizaram no mínimo 6 consultas pré-

natais, 91,9% realizaram 2 ou mais hemogramas; 90,3% realizaram 2 ou mais EPU e 83,8% realizaram 2 ou mais VDRL. o que mostrou que a grande maioria das gestantes que seguiram o pré-natal e compareceram as consultas, realizaram o número mínimo de exames.

Quanto aos outros exames o que chamou a atenção foi o baixo registro de exames anti-HIV, presente em apenas 47,5% dos cartões de pré-natais. Segundo o Ministério da Saúde deve ser solicitado na primeira consulta, ser sempre voluntário. Quando negativo, se a gestante se enquadrar em um dos critérios de risco (portadora de DST, prática de sexo inseguro, usuária ou parceira de usuário de drogas injetáveis) o exame deve ser repetido após três meses ou no momento da internação para o parto ⁴. Outros exames que tiveram uma frequência de registros muito baixa foi o Teste de Sobrecarga Oral à Glicose, registrado em apenas 24,8%, usado para triagem do diabetes gestacional, o qual faz parte da rotina em Florianópolis, na rede municipal de serviços de saúde e deve ser solicitado entre a vigésima quarta e vigésima oitava semana de gestação. A tipagem sanguínea foi registrada em apenas 52,5% dos cartões, sendo que no estudo de Silveira, DS, et al., havia registro em 86% dos cartões, o que preocupa, pois as gestantes com tipagem sanguínea negativa deveriam realizar o exame de coombs indireto e em casos de coombs positivo, deveria se investigar a doença hemolítica perinatal, que em muitos casos se manifesta de forma intensas e grave, podendo levar o feto à morte.

Em relação à distribuição das gestantes quanto à paridade, 46% eram primíparas e 54% multíparas, resultado este bastante semelhante ao do estudo de Souza, AB, em que 44% das gestantes eram primíparas e 56% multíparas ¹². Em relação à evolução da gestação, foi possível determinar o resultado da gestação em 62,4% das gestantes, sendo que 58,4% tiveram como resultados nascidos vivos e 4% evoluíram com aborto. Em 37,6% das gestantes não foi possível determinar o resultado da gestação, isso ocorreu devido à baixa frequência de realização de revisão puerperal. Entre os nascidos vivos foi possível determinar o tipo de parto em 57 gestantes, sendo que 68,4% foram por parto normal e 31,6% por cesárea, resultado semelhante ao do estudo de Souza, AB, em que 65,9% dos partos foram normais e 34,1% por cesárea ¹².

A prevalência das intercorrências clínicas investigadas mostrou que a infecção do trato urinário (35,3%) foi a mais prevalente, seguida pela leucorréia (31,7%) e anemia (28%). Esses resultados mostram a alta frequência dessas intercorrência durante a gestação, e a importância de rastreá-las e tratá-las adequadamente reside no fato de estas intercorrências poderem

desencadear trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas nos casos da ITU e vulvovaginites ¹ e um risco aumentado de nascimento pré-termo e baixo peso ao nascer no caso da anemia ¹³.

A análise da soroprevalência de imunidade para rubéola mostrou que 24,4% das gestantes eram suscetíveis à rubéola, resultado este superior ao encontrado no estudo de Ribeiro, RL, em que 15% das gestantes eram suscetíveis ¹⁴. Como quase um quarto das gestantes eram suscetíveis, é muito importante que se oriente as gestantes quanto à vacinação após a gravidez, para prevenção da síndrome da rubéola congênita.

A análise do estado nutricional das gestantes através do índice de massa corporal (IMC) pré-gravídico mostrou que apenas 41,3% das gestantes ganharam o peso recomendado de acordo com o seu IMC o que mostra que não está sendo feita uma intervenção nutricional adequada. De acordo com o critério do Institute of Medicine 18,7% das gestantes ganharam abaixo e 40% acima do ganho total recomendado, resultado diferente do encontrado no estudo de Nucci, LB, et al, em que 38% das gestantes ganharam abaixo e 29% acima do ganho total recomendado ¹⁵. Notou-se uma tendência a pré-obesidade e obesidade, que leva as gestantes a apresentarem maior risco para diabetes gestacional, macrosomia, e distúrbios hipertensivos ¹⁶. 37,3% das gestantes estavam fora do peso normal de acordo com o seu IMC, resultado este semelhante ao encontrado no estudo de Carmo, MGT, et al, em que 31,6% das gestantes estavam fora do peso normal de acordo com o seu IMC ¹⁷.

Vale ressaltar que o CS II Córrego Grande oferece mensalmente as gestantes reuniões em grupos, onde as gestantes tem a oportunidade de discutir entre si e com profissionais de saúde questões relativas à gestação, como mudanças físicas e emocionais, medos e angústias gerados pela gravidez, trabalho de parto, e importância do pré-natal de qualidade. Se este item fosse avaliado provavelmente as gestantes que participavam dos grupos apresentariam melhores desempenhos na avaliação da qualidade do pré-natal, pois nas reuniões elas acabam adquirindo a consciência da importância de medidas preventivas de saúde. Portanto a qualificação do pré-natal depende muito do envolvimento da comunidade no reconhecimento do programa.

6 – CONCLUSÕES

Em se tratando da avaliação da adequação do acompanhamento pré-natal, podemos concluir que:

1. O pré-natal foi considerado adequado em 58,4%, 50,4% e 31,6% das gestantes respectivamente à medida que se acrescentavam os três critérios de classificação.
2. O pré-natal foi considerado inadequado em 19,8%, 23,7% e 43,5% das gestantes respectivamente à medida que se acrescentavam os três critérios de classificação.
3. A cobertura de gestantes que realizaram exame de mamas foi de 40,6%, que fizeram ultrassonografia foi de 61,4%, que realizaram o citopatológico de colo de útero foi de 51,5% e que fizeram revisão puerperal foi de 45,5%.
4. Entre os exames laboratoriais o hemograma foi solicitado duas ou mais vezes em 67,3% das gestantes, o EPU em 66,3% e o VDRL em 60,4%.

Em se tratando do perfil das gestantes podemos concluir que:

5. A média de idade foi de 24,5 anos, e a faixa etária mais freqüente foi a de 20 a 29 anos (53,9%).
6. Quanto à paridade 46% das gestantes eram primíparas e 54% múltíparas.
7. As intercorrências mais prevalentes foram a ITU em 35,3%, leucorréia em 31,7% e anemia em 28% das gestantes.
8. Em relação a imunidade para rubéola 24,4% das gestantes eram suscetíveis.
9. Quanto ao IMC pré-gravídico, 62,7% estavam com peso normal, 13,3% com baixo peso, 10,7% com sobrepeso e 13,3% obesas, sendo que apenas 41,3% das gestantes ganharam o peso recomendado de acordo com o seu IMC.

7 – REFERÊNCIAS

1. Buchabqui JA, Abeche AM, Brietzke E. Assistência pré-natal. In: Freitas F, Costa SHM, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em obstetrícia. 4ª ed. Porto Alegre: Artemed; 2001. p. 23-37.
2. Santos IS, Baroni RC, Minotto I, Klumb AG. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. Rev Saúde Pública 2000;34 (6): 603-09.
3. Tedesco JJA. Pré-natal. In: Benzecry R, editors. Tratado de obstetrícia - FEBRASGO- Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro: FEBRASGO; 2001. p. 143-58.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3ª ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde; 2000.
5. Silveira DS, Santos IS, Dias da Costa JS. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. Cad Saúde Pública 2001; 17 (1): 131-39.
6. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. Cad Saúde Pública 1998; 14 (3): 487-92.
7. Dias da Costa JS, Madeira ACC, Luz RM, Britto MAP. Auditoria médica: programa pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. Rev Saúde Pública 2000; 34 (4): 329-36.
8. Florianópolis. Secretária de Saúde e Desenvolvimento Social. Normatização da Assistência à Saúde da Mulher. 3ª ed. Florianópolis: Departamento de Ações de Saúde, 1998.

9. Benvenutti AR. Motivos de atendimento médico no CSI do Córrego Grande, Florianópolis, no período de abril a junho de 2001. Trabalho apresentado para conclusão do curso de medicina na Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, UFSC, 2002.
10. Takeda SMP. Avaliação de unidade de atenção primária: modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1993.
11. National Academy of Sciences. Nutrition during pregnancy. Part I weight gain part II nutrient supplements. Washington. National Academy Press, 1990.
12. Souza AB. Fatores associados à ocorrência de cesárea na maternidade Carmela Dutra. Trabalho apresentado para conclusão do curso de medicina na Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, UFSC, 2001.
13. Enfermedades hematológicas. In: Cunningham FG, editors. Williams Obstetrícia. 20ª ed. Argentina: Panamericana; 1998. p. 1091-1092.
14. Ribeiro RL. Soroprevalência de imunidade para rubéola em gestantes atendidas no Centro de Saúde do Itacorubi, em Florianópolis – SC. Trabalho apresentado para conclusão do curso de medicina na Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, UFSC, 2002.
15. Nucci LB, Duncan BB, Mengue SS, Branchtein L, Schimidt MI, Fleck ET. Assessment of weight gain during pregnancy in general prenatal care services in Brazil. . Cad Saúde Pública 200; 17 (6): 1367-74.
16. Nucci LB, Schimidt MI, Duncan BB, Fuchs SC, Fleck ET, Britto MMS. Nutritional status of pregnant women: prevalence and associated pregnancy outcomes. Rev Saúde Pública 2001; 35 (6): 502-07.

17. Carmo MGT, Colares LGT, Pereira GS, Soares EA, Sampaio NA, Armada MCS, et al. Avaliação ponderal de gestantes atendidas na Maternidade – Escola da UFRJ e sua relação com o peso ao nascer. Jor Bras de Ginecologia 1998; 108 (5): 151-57.

**TCC
UFSC
SP
0068**

N.Cham. TCC UFSC SP 0068

Autor: Oliveira, Fernando

Título: Avaliação da atenção pré-natal e



972811991

Ac. 254146

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM